DEXERYL

GUÍA BÁSICA 2

DERMATITIS ATÓPICA

Francisco José Navarro Triviño.

Dermatólogo. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada











Edita: ONPILL PHARMA, S.L.U Balmes 229-231 4º 1º 08006 Barcelona www.onpill.es

© 2022 ONPILL PHARMA, S.L.U.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación sin previa autorización del titular de los derechos de explotación de la misma.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que cursa con prurito. La prevalencia de este trastorno en la infancia alcanza hasta el 20 % de los niños, y, en el 80 % de los casos, aparece antes de los 5 años de vida.

En el adulto la prevalencia está entre el 7 % y el 10 %, según la población en estudio. En la última década el conocimiento fisiopatológico de esta enfermedad y el desarrollo de terapias biológicas dirigidas a las citocinas de la vía inflamatoria de tipo 2 la han convertido en una enfermedad dermatológica "de moda".

Los factores genéticos, como mutaciones en el gen de la filagrina, los antecedentes familiares de dermatitis atópica o de comorbilidades atópicas, la alteración del microbioma y una disfunción del sistema inmunitario con polarización hacia la vía inflamatoria de tipo 2 son algunos de los factores más importantes para el desarrollo de la dermatitis atópica.

A pesar de la incorporación de nuevas terapias avanzadas, como los anticuerpos monoclonales o los inhibidores de las cinasas Jano, la mayoría de los pacientes van a necesitar exclusivamente unas correctas recomendaciones de cuidados básicos y un tratamiento tópico bien planificado.

CLÍNICA



Según la edad del paciente, las lesiones de dermatitis se localizan predominantemente en unas zonas u otras.

Lactante	Infantil	Adulto
Cuero cabelludo Facial sin afectación del triángulo nasolabial	Flexura antecubital y poplítea	Flexura antecubital y poplítea
	Dorso de manos y pies	Cabeza y cuello
Tronco Áreas extensoras de las extremidades	Área de la muñeca	Dorso de manos y pies
	Área perioral y mejillas	
	Cuello	



Figura 1.

Patrón facial respetando el surco nasolabial en una paciente de 3 años con dermatitis atópica

Figura 2.
Patrón flexural antecubital simétrico en paciente adolescente con dermatitis atópica





Figura 3.
Patrón flexural con afectación de ambos huecos poplíteos en un paciente adulto con dermatitis atópica.

DIAGNÓSTICO



El diagnóstico de la dermatitis atópica es clínico. Se han publicado criterios como los de Hanifin y Rajka, los del grupo británico y japonés, o los más recientes de la Academia Americana de Dermatología. Aunque no se utilizan habitualmente en la práctica clínica, sí pueden ser de utilidad para los casos dudosos.

La determinación de la gravedad de la dermatitis atópica puede medirse mediante escalas objetivas como el EASI (Eccema Area Severity Index), el SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) o el IGA (Investigator Global Assessment), y las escalas numéricas para el prurito o la calidad del sueño. También deben tenerse en cuenta los cuestionarios realizados por parte del paciente como el POEM o el DLQI.

La determinación de la inmunoglobulina E (IgE) puede ser de utilidad para diferenciar las formas intrínsecas de las extrínsecas. Las extrínsecas suponen más del 80 % de los casos y el paciente suele presentar niveles elevados de IgE, asociados normalmente a la sensibilización a los neumoalérgenos y/o a los alimentos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



Existen múltiples enfermedades que pueden parecer una dermatitis atópica. Para su diagnóstico debemos tener siempre presente un diagnóstico diferencial, más o menos amplio, teniendo en cuenta la edad del paciente y las características clínicas de las lesiones.

Lactante	Dermatitis seborreica Escabiosis Exantemas virales Inmunodeficiencias Descamación fisiológica del lactante
Infantil	Psoriasis Dermatitis seborreica Escabiosis Dermatitis de contacto Dermatofitosis Micosis fungoides (hipopigmentada) Dermatitis facticia
Adulto	Psoriasis Dermatitis herpetiforme Dermatitis seborreica Escabiosis Dermatitis de contacto Dermatofitosis Micosis fungoides

TRATAMIENTO





Este año se ha publicado la actualización de la guía europea sobre dermatitis atópica en dos artículos interesantes y completos. La parte II está enfocada al tratamiento no farmacológico de la dermatitis atópica y resulta, por tanto, de lectura recomendable.

Baño y limpieza de la piel

Es uno de los pasos más importantes a la hora de cuidar la piel, ya que no solo afecta a la dermatitis atópica, sino a la piel en general. La higiene forma parte del tratamiento no farmacológico del paciente, independientemente de la edad. El uso de jabones alcalinos (pH elevado) suele empeorar las condiciones cutáneas, por su efecto detergente al eliminar el manto lipídico. Los productos tipo syndet, aceites de ducha o crema lavante son más recomendables.

Es preferible la ducha al baño, con agua tibia, lo recomendable es entre 27 °C y 30 °C y durante un tiempo no superior a 10 minutos. Debemos recordar que el agua puede actuar como astringente cuando la exposición se produce durante un tiempo prolongado. A menudo, la duda es la cantidad de veces que debería ducharse por semana el paciente. Unos estudios recomiendan de 2 a 3 veces, mientras que otros concluyen que la higiene diaria mejora la puntuación en escalas de gravedad de la dermatitis atópica y alivia el prurito.

La superficie cutánea debe limpiarse con cuidado y suavidad, pero a fondo para eliminar costras o restos epidérmicos en caso de sobrein-

fección añadida. El uso de antisépticos de forma sistemática durante el baño es cuestionable, dado el mecanismo de acción corto que presentan. Aun así, en zonas impetiginizadas, puede ser interesante su uso para actuar de forma adyuvante a los productos de higiene.

Emolientes

La aplicación de emolientes es la base de cualquier tratamiento destinado al cuidado de la dermatitis atópica. Los humectantes promueven la hidratación del estrato córneo (la urea a concentraciones ≤ 5 %, el glicerol o el propilenglicol), mientras que los ingredientes con propiedades ocluyentes (dimeticona y otros derivados de la silicona) evitan la evaporación. En los últimos años han aparecido los emolientes plus, que incluyen entre sus ingredientes sustancias activas no farmacológicas.

El mejor momento del día para aplicar el emoliente es inmediatamente después del baño o la ducha, tras secar la piel mediante suaves toques o palmaditas (evitando la fricción) con una toalla de algodón. Un estudio sugirió que la aplicación del emoliente en otro momento del día puede aumentar la capacitancia del estrato córneo, motivo por el que se debe recomendar al paciente la aplicación del emoliente a lo largo del día, si así lo desea. Lo más recomendable es hacerlo 2 veces al día. Una estrategia para aquellos pacientes que muestran baja adherencia a la aplicación diaria de emolientes es recomendarles la aplicación de 2-3 veces por semana, ya que parece que esta estrategia prolonga el tiempo entre brotes de dermatitis atópica.

Deben evitarse en lo posible aquellos productos con ingredientes de elevado poder alergogénico, como las fragancias, las isotiazolinonas o

las lanolinas, principalmente para impedir la sensibilización del paciente tras un contacto repetido con estas sustancias.

La cantidad de emoliente aplicada semanalmente puede rondar los 250 gramos.

Si bien es cierto que el precio de algunos productos puede resultar un inconveniente a la hora de seguir esta recomendación, también lo es que existen productos con precios competitivos. Debe tenerse en cuenta que la preocupación de los fabricantes por usar formulaciones ideales para las pieles atópicas no siempre encarece el producto. No se recomienda la aplicación de productos oleosos derivados del aceite de coco porque contienen sustancias que pueden actuar como irritantes.

La aplicación directa del emoliente sobre una dermatitis activa puede producir prurito y ser mal tolerado por el paciente. Para evitarlo, primero debe tratarse la inflamación de la piel con corticoides tópicos y, una vez resuelta, puede iniciarse la aplicación del emoliente de forma exclusiva o añadido a un tratamiento antiinflamatorio de mantenimiento, como los inhibidores tópicos de la calcineurina (p. ej., tacrolimus).

Emolientes plus

La introducción de principios activos en el vehículo emoliente crea el concepto de emoliente plus, que no cumple la definición de medicamento tópico. Entre los principios activos reconocidos son los flavonoides, las saponinas, las riboflavinas, los lisados bacterianos de dolomiae o Vitreoscilla filiformis, o derivados sintéticos del mentol como el metoxipropanediol.

En la literatura sobre el tema se describen resultados contradictorios de los suplementos orales con ácidos grasos insaturados, como el aceite de onagra o el ácido eicosapentaenoico.

Curas húmedas

Esta estrategia puede combinarse solo con emolientes o con tratamiento farmacológico tópico. Se debe seleccionar bien al paciente atópico según la gravedad, la extensión de las lesiones y la necesidad de un alivio rápido del prurito. La recomendación de las curas húmedas está más extendida en lactantes o durante la infancia, pero también puede utilizarse en adultos.

La forma más cómoda de llevar a cabo las curas húmedas consiste en dejar la piel húmeda del paciente tras el baño, aplicar el tratamiento médico sobre las lesiones de dermatitis y el emoliente en la piel no afectada, usar un pijama de algodón ajustado, pulverizar con agua la tela en las áreas más relevantes a tratar, y poner encima un segundo pijama de algodón más amplio. Todo ello debe dejarse toda la noche y retirarlo por la mañana. Este tratamiento puede repetirse durante varios días hasta que el paciente mejore, aunque debe aclimatarse la habitación para evitar distermias y sus complicaciones, como pueden ser las infecciones de las vías respiratorias. También hay que tener en cuenta la maceración de los pliegues y el riesgo de infecciones fúngicas secundarias. Por este motivo es muy importante elegir al paciente que sea apto para estas curas.

Baños con hipoclorito sódico (lejía)

El hipoclorito sódico al 6 %, la lejía, ha sido utilizado en dilución en la bañera para el control de la disbiosis por la pérdida de diversidad microbiológica a favor del Stafilococo aureus. Aunque no está universalizado, se recomienda la dilución de 5 ml de lejía no perfumada por cada 4 litros de agua. Se debe sumergir el cuerpo entero del paciente salvo la cabeza durante unos 10 minutos aproximadamente y puede realizarse un par de veces a la semana. Debe secarse la piel a toques y, posteriormente, aplicar el tratamiento médico y el emoliente. También en este caso es muy importante elegir al paciente que sea apto para estas curas.

Tratamiento tópico antiinflamatorio

La adherencia al tratamiento y el éxito del mismo depende de la potencia y la dosis suficientes. Los corticoides tópicos y los inhibidores tópicos de la calcineurina son los medicamentos aprobados en la Unión Europea para el tratamiento de la dermatitis atópica. En esta monografía no mencionaremos Crisaborole (un inhibidor tópico de la fosfodiesterasa-4) por no estar disponible en España. La dosis suficiente puede determinarse mediante la regla de la unidad de la yema del dedo, que equivale a 0,5 gramos por yema de dedo.

El momento ideal para la aplicación del tratamiento tópico antiinflamatorio es después del baño o la ducha. Para describir el proceso por pasos sería: secar la piel a toques, aplicar el tratamiento tópico sobre las lesiones eczematosas activas y aplicar el emoliente en la piel no afectada. La actitud terapéutica puede seguir dos modelos: el activo y el proactivo. El modelo activo consiste en la aplicación diaria del medicamento durante el brote de lesiones de dermatitis hasta su control adecuado. El modelo proactivo, en cambio, consiste en la aplicación 2 veces por semana sobre las zonas no activas de dermatitis, pero que previamente han mostrado un comportamiento recurrente. Con la estrategia proactiva evitamos la recurrencia rápida de las lesiones y prolongamos los periodos entre brotes. La gravedad de las lesiones y las necesidades del paciente determinarán el tiempo que debe mantenerse el tratamiento proactivo, de modo que suele individualizarse.

Qué corticoide elegir

Para elegir el tratamiento con corticoides debe tenerse en cuenta tanto la edad del paciente como la localización de la dermatitis y la potencia del corticoide en cuestión.

En el caso de los lactantes se deben evitar aquellos de potencia alta o muy alta. En la cara, zona genital y en pliegues hay que evitar los corticoides potentes o muy potentes, dado que el riesgo de efectos secundarios es mayor por las características principales de la piel. Las palmas y las plantas son áreas que precisan de corticoides potentes o muy potentes para ser eficaces.

Prácticamente todos los vehículos necesarios para adaptar el tratamiento a la situación actual del eczema están comercializados. Las formas agudas y exudativas de la dermatitis atópica necesitan un vehículo poco graso y, por tanto, las cremas o soluciones pueden resultar adecuadas según la localización. Las lesiones crónicas, normalmente liquenificadas, necesitan un vehículo más graso, como pomadas o ungüentos, para aumentar la penetración del fármaco.

Inhibidores tópicos de la calcineurina

Se pueden adquirir este tipo de inhibidores, como pimecrolimus al 1 % en crema y tacrolimus al 0,03 % y al 0,1 % a partir de los 16 años. Su perfil de seguridad es distinto al observado con los corticoides, aunque también debe tenerse en cuenta que su potencia es menor cuando se comparan con corticoides a partir de mediana potencia.

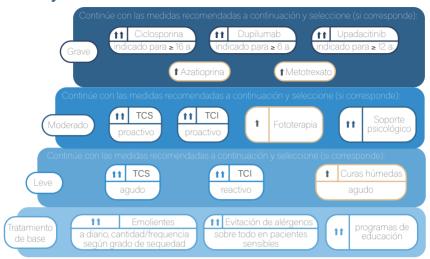
Sin embargo, estos inhibidores constituyen la primera línea de tratamiento para la dermatitis de localización facial, genital o en pliegues. El picor o ardor que suele referir el paciente al inicio de las aplicaciones se resuelve espontáneamente en días posteriores, aunque para disminuir ese efecto se recomienda la aplicación de estos medicamentos tras la resolución completa del eczema.

La combinación con corticoides de baja potencia de forma simultánea no ha demostrado aumentar la eficacia del tratamiento. El tratamiento proactivo con tacrolimus al 0,1 % en pomada ha demostrado ser igual de eficaz que los corticoides de media potencia en la reducción de brotes de dermatitis durante 1 año de seguimiento.

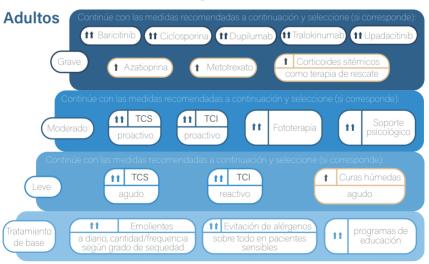
Algoritmos de tratamiento

El algoritmo recomendado por el grupo de expertos en dermatitis atópica, publicado en el Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology en 2022 sobre el tratamiento de los pacientes con dermatitis atópica según el grupo de edad, es el siguiente:

Niños y adolescentes



Adaptado de Wollenberg et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;36(9):1409-143



Adaptado de Wollenberg et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;36(9):1409-1431

- En caso de infecciones, añadir tratamiento antiséptico/antibiótico/antiviral/antifúngico
- Si la terapia tiene un efecto insuficiente, considerar el cumplimiento y el diagnóstico.
- Consulte la Tabla 2, parte 2 de la quía para las clases de recomendación de TCS.
- †† Recomendación fuerte; † Recomendación débil. TCI: inhibidores tópicos de la calcineurina; TCS: corticosteroides tópicos.

CONCLUSIONES

La dermatitis atópica es sin duda una de las enfermedades "de moda". Su prevalencia obliga a los médicos a estar familiarizados con las nuevas terapias avanzadas. No obstante, no deben descuidarse las recomendaciones básicas, ya que en algunas ocasiones evitarán la necesidad de tratamientos sistémicos.

BIBLIOGRAFÍA

Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I - systemic therapy. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Sep;36(9):1409-1431.

Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema - part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;36(11):1904-1926.

DEXERYL

Experto en el tratamiento de los signos y síntomas de la piel seca y atópica y eritema inducido por radioterapia



El eccema atópico es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel

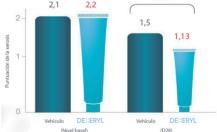
- Afecta hasta el 18% de los niños de países industrializados²
- Los expertos europeos recomiendan los emolientes con glicerol y parafina, que son el pilar del tratamiento del eccema atópico³

Eficacia demostrada¹

• Estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con vehículo de 4 semanas de duración realizado en 251 pacientes (aplicación de Dexeryl 2 veces al día en niños de 2-6 años con eccema atópico).



Puntuación de la xerosis en el nivel basal, D28



Productos cosméticos

Producto sanitario No aplicar sobre las heridas mucosas o en los oios

1. Boralevi F, Saint Aroman M, Delarue A, Raudsepp H, Kaszuba A, Bylaite M, Tiplica GS. Long-term emollient therapy improves xerosis in children with atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014 Nov; 28(11): 1456-62. 2. Levy RM, Gelfand JM, Yan AC. The epidemiology of atopic dermatitis. Clin Dermatol. 2003 Mar-Apr; 21(2): 109-15. 3. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European quidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 May; 32(5): 657-682.



Pierre Fabre





